健康保険　被保険者証 資格確認書　回収不能届

（注意事項）

（ア）この届出書は、被保険者の所在不明により被保険者証（資格確認書）の回収ができない場合、または再三の返納督励にもかかわらず被保険者証（資格確認書）を返納しない場合に提出するものです。

（イ）ご記入があった場合の訂正印は不要です。訂正したことが明らかになるように訂正箇所を二重線抹消し、正しい内容と氏名（フルネーム）をご記入ください。

① 被保険者記号番号	（記号）〇〇〇〇 （番号）〇〇〇				
② 被保険者の氏名	機缶　太郎	③ 性別	男・女	④ 生年月日	昭和 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
⑤ 被保険者の現住所または最後の住所	〒 〇〇〇 ― 〇〇〇〇 東京都江東区〇〇1－2－3			（電話番号）〇〇　〇〇〇〇　〇〇〇〇	
⑥ 被保険者の資格を取得した日	昭和 平成 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	⑦ 被保険者の資格を喪失した日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
⑧ 資格喪失事由	退職・解雇・死亡	⑨ 被保険者の近況	資格喪失事由		
⑩ 賃金、退職金などの被保険者に対する未払い金の有無	有　・　無				
⑪ 回収不能となった証の枚数	2　枚				
⑫ 回収不能となった者の氏名	機缶　太郎				
	機缶　花子				

⑬ 督促年月日	⑭ 被保険者証（資格確認書）返納督促方法
令和　××　年　××　月　××　日	電話・文書・メール・口頭／応答（有・無）
令和　××　年　××　月　××　日	電話・文書・メール・口頭／応答（有・無）
令和　××　年　××　月　××　日	電話・文書・メール・口頭／応答（有・無）
令和　年　月　日	電話・文書・メール・口頭／応答（有・無）

うえのとおり催促しましたが被保険者証（資格確認書）を回収することができません。
なお、今後も回収に努め、回収したときは直ちに返納いたします。

令和　年　月　日

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号　（　　）

受付印

社会保険労務士の提出代行者欄	